



**Fall-Nr.:** IV 2015/126  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 06.05.2020  
**Entscheiddatum:** 11.12.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 11.12.2017**

**Art. 7 f. ATSG, Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG: Abstellen auf ein MEDAS-Gutachten, das hinsichtlich der Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsschätzung mit zwei Vorgutachten übereinstimmt. Prozentvergleich bei fehlendem regelmässigem Einkommen vor Eintritt des invalidisierenden Gesundheitsschadens (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 11. Dezember 2017, IV 2015/126).**

**Entscheid vom 11. Dezember 2017**

Besetzung

Präsidentin Marie Löhner, Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner

Geschäftsnr.

IV 2015/126

Parteien

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen,**

**Beschwerdegegnerin,**



Gegenstand

**Rente**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 22. September 2006 bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 1). Sie hatte am 3. Januar 2006 eine Berstungsfraktur des LWK 1 erlitten, welche operativ versorgt worden war (dorso ventrale Spondylodese Th 12 bis L1 und dorsale Instrumentierung L 2, Segmentfreigabe am 26. Juli 2006; vgl. Bericht der Klinik für Orthopädische Chirurgie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 15. Juli 2009, IV-act. 73-1 f.).

A.b Dr.med. B.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, hielt im Arztbericht vom 28. September 2006 zusätzlich rezidivierende Synkopen unklarer Genese und einen Verdacht auf Polytoxikomanie bzw. Alkohol(missbrauch) fest (IV-act. 4). Am 28. September 2007 erlitt die Versicherte einen akuten inferoposterioren Myokardinfarkt und während des stationären Aufenthalts einen Grand-mal-Anfall (Bericht der Kardiologie des Kantonsspitals St. Gallen [KSSG] vom 5. Oktober 2007, IV-act. 58-3 ff.). Die IV-Stelle liess die Versicherte bidisziplinär abklären (orthopädisches Gutachten Dr.med. C.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin, vom 24. Juli 2008; psychiatrisches Konsiliargutachten Dr.med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 21. April 2008; IV-act. 49). Aus Sicht beider Fachgebiete wurde die bisherige Tätigkeit als Raumpflegerin als nicht mehr zumutbar (Unüberwindbarkeit der Schmerzen, eingeschränkte Belastbarkeit der Wirbelsäule) erachtet und für eine (optimal) angepasste Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert (IV-act. 49-7, 26).

A.c Berufliche Massnahmen konnten nicht durchgeführt werden. Da das Eingliederungspotential nicht festgestellt werden konnte, ordnete der RAD eine Verlaufsbeurteilung an (Schlussbericht berufliche Eingliederung vom 23. November 2009, IV-act. 81; RAD-Stellungnahme vom 20. Januar 2010, IV-act. 82).



## St.Galler Gerichte

A.d Die MEDAS Ostschweiz erstattete am 20. Dezember 2010 im Auftrag der IV-Stelle ein zweites, polydisziplinäres Gutachten (E.\_\_\_, Eidg. Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Dr.med. F.\_\_\_, Neurologie FMH; Dr.med. G.\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH; Untersuchungen 20. bis 22. September und 20. Oktober 2010). Die Gutachter kamen zum Ergebnis, aus orthopädischer und psychiatrischer Sicht und auch polydisziplinär sei die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten um 30 % eingeschränkt (IV-act. 96-35 ff.).

A.e Nachdem der RAD Stellung genommen hatte, auf das Gutachten könne abgestellt werden (10. Februar 2011, IV-act. 97), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 22. Juli 2011 (IV-act. 107) die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht. Hiergegen liess die Versicherte am 9. August 2011 Einwand erheben (IV-act. 108), den sie nach Abklärungen betreffend das psychiatrische Untersuchungsgespräch (vgl. dazu Eingabe der Versicherten vom 7. September 2011, IV-act. 117-1, und Stellungnahme von E.\_\_\_ vom 6. Januar 2012, IV-act. 132-5 f.) am 31. Januar 2012 mit der Unvollständigkeit der Akten bzw. der Anamnese begründete (IV-act. 132-1 ff.).

A.f Die IV-Stelle wies das Rentengesuch nach Einholung einer weiteren RAD-Stellungnahme vom 15. März 2012 (IV-act. 134) mit Verfügung vom 26. März 2012 ab (IV-act. 136) und widerrief diese nach Eingang eines Berichts der Klinik für Orthopädische Chirurgie des KSSG vom 22. März 2012, wonach ein Grossteil der Beschwerden im Bereich der unteren Extremität mit einer progredienten Spinalkanalstenose vereinbar seien (IV-act. 137-1 ff.), am 5. April 2012 (IV-act. 144).

A.g Die Versicherte war in der Kriseninterventionsstation des Psychiatrischen Zentrums H.\_\_\_ vom 19. Juli bis 10. August 2012 in stationärer und vom 13. bis 27. August 2012 in teilstationärer tagesklinischer Behandlung (Austrittsbericht vom 10. September 2012, IV-act. 166-9 ff.) und ab 18. September 2012 im Psychiatrischen Zentrum in ambulanter Therapie (Arztberichte Dr.med. I.\_\_\_, Oberarzt, vom 7. Dezember 2012, IV-act. 159, und vom 2. April 2013, IV-act. 166-1 ff.).

A.h Nachdem der RAD nach mehrfacher Ergänzung der medizinischen Akten sowie mehreren Stellungnahmen zuletzt am 14. Mai 2013 festgehalten hatte, es sei seit dem Gutachten keine versicherungsmedizinisch relevante Verschlechterung ausgewiesen



(IV-act. 167), erliess die IV-Stelle am 5. Juni 2013 erneut einen rentenabweisenden Vorbescheid (IV-act. 171).

A.i Am 20. Juni 2013 wurde bei hochgradiger Spinalkanalstenose LWK 3/4 eine Dekompression LWK 3/4 mit Sequesterektomie und Nukleotomie und am 1. Juli 2013 eine Wundrevision vorgenommen (Bericht Neurochirurgie KSSG vom 16. Juli 2013; IV-act. 178-3 ff.; Operationsberichte IV-act. 178-1, 2). Unter Hinweis auf diese Operationen liess die Versicherte am 8. Juli 2013 gegen den Vorbescheid vom 5. Juni 2013 Einwand erheben (IV-act. 172). Vom 18. Juli bis 17. August 2013 unterzog sie sich einer Rehabilitation in den Kliniken Valens in J.\_\_\_\_ (Austrittsbericht vom 2. September 2013, IV-act. 188-5 ff.) und war vom 10. bis 22. Februar 2014 in der Klinik für Rheumatologie des KSSG hospitalisiert (Kurzaustrittsbericht vom 21. Februar 2014, IV-act. 225-76 ff.). Vom 26. Februar bis 15. März 2014 erfolgte wiederum eine stationäre Rehabilitation in den Kliniken Valens in J.\_\_\_\_ (vorläufiger Austrittsbericht vom 12. März 2014, IV-act. 225-83 ff.; vgl. auch Austrittsbericht vom 28. März 2014, IV-act. 225-94 f.).

A.j Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch die MEDAS Bern begutachtet (Gutachten vom 15. Oktober 2014, Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie, Psychiatrie; Untersuchungen 29. April bis 22. August 2014; IV-act. 225-1 ff.). Die Experten diagnostizierten mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit als Reinigungskraft/ Zeitungsträgerin eine rezidivierend depressive Episode, mittelschwer, bei ängstlich selbstunsicherer abhängiger Primärpersönlichkeit (ICD-10: F33.1), ein lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Zeichen, eine Knieinstabilität links nach vorderer Kreuzbandruptur links nach Misstritt vom 17. Februar 2013 und ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 225-34) ein Zervikalsyndrom mit myofascialer Schmerzausstrahlung, eine koronare Herzerkrankung bei Status nach inferoposteriorem Myokardinfarkt, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), einen Alkoholabusus, abstinent, und einen Benzodiazepinabusus (IV-act. 225-33 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit sowie in Verweistätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus orthopädischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr und im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils eine solche von 80 % (IV-act. 225-34).



A.k Mit Vorbescheid vom 11. November 2014 wurde der Versicherten - nach einer Stellungnahme des RAD am 27. Oktober 2014 (IV-act. 226) - die Abweisung des Rentengesuchs in Aussicht gestellt (IV-act. 227). Hiergegen liess die Versicherte am 12. Dezember 2014 durch die Procap Einwand erheben (IV-act. 232). Sie verwies dabei auf eine nicht berücksichtigte Verschlechterung des Gesundheitszustandes in orthopädischer Hinsicht sowie auf die inzwischen gestellten Diagnosen eines Hirninfarkts und einer Epilepsie (Bericht Klinik für Neurologie KSSG vom 7. Oktober 2014, IV-act. 238-8 ff.).

A.l Die IV-Stelle legte die Angelegenheit nochmals dem RAD vor und wies gestützt auf dessen Stellungnahme vom 2. März 2015 (IV-act. 244) das Leistungsbegehren betreffend Rente mit Verfügung vom 6. März 2015 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 30 % ab (IV-act. 245).

B.

B.a Mit Beschwerde vom 23. April 2015 beantragt die Beschwerdeführerin die nochmalige Überprüfung ihrer Invalidität sowie die unentgeltliche Prozessführung (Befreiung von den Gerichtskosten). Eine angepasste Tätigkeit im Umfang von 70 % sei ihr gesundheitsbedingt nicht möglich. Insbesondere wegen ihres Schlaganfalles bestünden zusätzliche Beschwerden, die ihre Arbeitsfähigkeit um mehr als 30 % einschränkten. Es seien weitere neurologische Abklärungen vorgesehen (act. G 1).

B.b In ihrer Beschwerdeantwort vom 5. Januar 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Das MEDAS-Gutachten sei ausführlich abgefasst und dessen Schlussfolgerungen zusammen mit der Arbeitsfähigkeitseinschätzung seien in jeder Hinsicht nachvollziehbar. Die nach der Begutachtung eingereichten medizinischen Unterlagen seien in der RAD-Stellungnahme vom 2. März 2015 ausführlich gewürdigt worden. Demnach sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Verfügung zu 70 % in einer angepassten Tätigkeit arbeitsfähig sei (act. G 9).

B.c Mit Eingabe vom 23. Januar 2016 (act. G 10) reicht die Beschwerdeführerin dem Gericht unter anderem Berichte der Klinik für Rheumatologie des KSSG über eine



## St.Galler Gerichte

Hospitalisation vom 12. bis 24. Oktober 2015 (Kurzaustrittsbericht vom 23. Oktober 2015, act. G 10.3) und des Psychiatrischen Zentrums H.\_\_\_\_ vom 4. Januar 2016 (act. G 10.2) ein.

B.d Die Abteilungspräsidentin bewilligt der Beschwerdeführerin am 28. Januar 2016 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten; act. G 11).

### Erwägungen

1.

1.1 Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).



1.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb).

1.4 Im Sozialversicherungsrecht gilt der Untersuchungsgrundsatz. Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen (BGE 122 V 158 E. 1a). Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Sozialversicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (BGE 117 V 282 E. 4a). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (BGE 126 V 360 E. 5b; BGE 125 V 195 E. 2, je mit Hinweisen).

2.



2.1 Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung vom 6. März 2015 bildet das polydisziplinäre Gutachten der MEDAS Bern vom 15. Oktober 2014. Umstritten und zu prüfen ist, ob darauf abgestellt werden kann.

2.2 In Bezug auf die Schmerzen diagnostiziert der orthopädische Gutachter der MEDAS Bern ein lumbospondylogenes Syndrom ohne radikuläre Zeichen bei/mit Status nach Spondylodese Th12/LWK1 und nach Dekompression LWK 3/4 und bei Rezidivhernie im Segment L3/4 ohne Kontakt zu den neuralen Strukturen gemäss MRI vom 20. Mai 2014 sowie eine Knieinstabilität links nach Kreuzbandruptur (IV-act. 225-33). Er führt aus, die angegebenen Beschwerden fänden sowohl klinisch wie radiologisch überwiegend ein entsprechendes Substrat, gingen jedoch über den radiologischen und klinischen Befund hinaus (IV-act. 225-33). Im Rahmen eines im Wesentlichen rückschonenden Zumutbarkeitsprofils attestiert er eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (IV-act. 225-33 f.). Nachvollziehbar erscheint die vom orthopädischen Gutachter angenommene Verschlechterung des Befundes (IV-act. 225-35; vgl. auch RAD-Stellungnahme vom 17. Dezember 2013, IV-act. 196) aufgrund der seit der Begutachtung 2010 eingetretenen Progredienz der Diskushernie L3/4 bzw. der Spinalkanalstenose und der folgenden Operation mit Komplikation im Verlauf (Bericht Neurochirurgie KSSG vom 16. Juli 2013, IV-act. 178-5). Der im Einwandverfahren geltend gemachte Widerspruch zwischen einerseits der Feststellung einer Verschlechterung gegenüber dem Vorgutachten und andererseits der Attestierung einer höheren Arbeitsfähigkeit (IV-act. 232-1 f.) beruht möglicherweise darauf, dass der orthopädische Gutachter der MEDAS Bern davon ausging, der Vorgutachter habe eine Arbeitsfähigkeit (und nicht, wie zutreffend, eine Arbeitsunfähigkeit) in angestammter Tätigkeit von 100 % attestiert (IV-act. 225-32). In Anbetracht der vom orthopädischen Gutachter angenommenen und plausiblen Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus orthopädischer Sicht stellt sich somit die Frage, ob seine Einschätzung oder diejenige der orthopädischen Vorgutachter mehr überzeugt. Dies kann jedoch offen bleiben, da retrospektiv und interdisziplinär die mit 70 % tiefer eingeschätzte Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht limitierend ist. Zudem war die Verschlechterung lediglich vorübergehend, gab doch die Beschwerdeführerin gemäss Bericht der Neurochirurgie vom 11. September 2013 bei Behandlungsabschluss eine deutliche Schmerzlinderung an (IV-act. 195-3 f.). Zudem erwähnt der Bericht vom 16. Juli 2013 eine erfolgreiche konservative Therapie der Knieverletzung (IV-act. 178-4). Es



ist sodann auch nicht dargetan oder ersichtlich, dass die übrigen im Gutachten vom 24. Dezember 2010 gestellten Diagnosen - chronische Peripelvin-, Inguinal- und diffuse Bein-/Fussschmerzen links, leichte sensible Polyneuropathie und Schwäche und Gefühlsstörung der linken unteren Extremität und leichte Schulterperiarthropathie links (IV-act. 96-53) - Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten, welche das der angefochtenen Verfügung zugrunde liegende Gutachten nicht berücksichtigt hat. Im Ergebnis erscheint daher plausibel, dass aus orthopädischer Sicht auch rückblickend nicht eine quantitativ eingeschränkere Arbeitsfähigkeit anzunehmen ist als aus psychiatrischer Sicht.

2.3 Die Beschwerdeführerin macht sodann im Wesentlichen geltend, auf das Gutachten der MEDAS Bern könne aufgrund der inzwischen gestellten Diagnosen einer Epilepsie und eines Hirninfarktes nicht mehr abgestellt werden (act. G 1). Im Bericht der Klinik für Neurologie des KSSG vom 30. Juli 2014 wird festgehalten, in Zusammenfassung der anamnestischen Angaben und des EEG-Befundes sei die Diagnose einer Epilepsie zu stellen (IV-act. 238-4). Im MRI Neurocranium vom 5. Juni 2014 hatte sich ein lakunärer Defekt links zerebellär, a.e. embolisch bedingt, gezeigt (IV-act. 238-2). RAD-Ärztin Dr.med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, nahm hierzu am 2. März 2015 Stellung, die singuläre Lakune im Kleinhirnbereich sei noch nicht funktionsbeeinträchtigend. Es fehle auch ein Hinweis auf strukturelle Ursachen einer Epilepsie im MRI vom Juni 2014; allein im EEG vom Juli 2014 fänden sich Hirnaktivitäten, welche zu Anfällen führen könnten. Die Anfallshäufigkeit sei jedoch äusserst gering, auch wenn die Angaben der Beschwerdeführerin dazu variierten. Im Juli 2014 sei ein letztes Anfallsereignis im Mai 2014 angegeben worden; in der neurologischen Untersuchung vom Oktober 2014 sei eine Anfallsfreiheit seit drei bis fünf Jahren angegeben worden. Eventuell mögliche, sehr seltene, eher nicht generalisierte Anfälle könnten keine weitere quantitative Arbeitsfähigkeitseinschränkung begründen (IV-act. 244). Die vormals vertretene Beschwerdeführerin hat zwar weitere diesbezügliche (neurologische) Berichte in Aussicht gestellt (act. G 1, 3, 6, 10), solche jedoch nicht eingereicht. Aktenkundig sind ein Grand-Mal-Anfall am 30. September 2007 (Bericht Kardiologie KSSG vom 5. Oktober 2007, IV-act. 58-3 ff.) und ein Zungenbiss während eines Langzeit-EEGs, welches jedoch im fraglichen Zeitraum keine epilepsietypischen Potentiale aufwies (Bericht Neurologie KSSG vom 30. Juli 2014, IV-act. 238-3 f.). Dr. D.\_\_\_\_ erwähnte in



seinem Gutachten vom 21. April 2008 seit mehreren Jahren etwa zehnmal jährlich auftretende Bewusstseinsverluste, deren Ursache auch in der Alkoholerkrankung liegen könne (Intoxikation oder Entzug; IV-act. 49-16), befand sie indessen für die Arbeitsfähigkeitseinschätzung nicht als relevant (IV-act. 49-22 f., 25). Anlässlich der neurologischen Begutachtung am 20. Oktober 2010 äusserte die Beschwerdeführerin, Bewusstseinsverluste ohne Vorboten seien seit zwei Jahren nicht mehr vorgekommen, seither sei sie zweimal kreislaufbedingt kollabiert, mit vorausgehendem Schwindel. Nicht datierbar habe sie einige Wochen bis Monate ein nicht erinnerliches Antiepileptikum genommen, das nach einem ersten EEG mit Epilepsiezeichen verschrieben und nach Anfallsfreiheit sowie einem normalen zweiten EEG wieder abgesetzt worden sei (IV-act. 96-50, 55). Der damalige neurologische Gutachter hielt fest, die neurologischen Affektionen - eine leichte sensible Polyneuropathie und die rezidivierenden Bewusstseinsverluste - begründeten keine Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit (IV-act. 96-56). Insgesamt erscheint nachvollziehbar, dass der neurologische Experte der MEDAS Bern von fehlenden konkreten Hinweisen auf eine manifeste Epilepsie ausging, eine beklagte Kraftminderung im linken Arm auf algophobe Selbstlimitierung zurückführte und zum Ergebnis kam, in der neurologisch-versicherungsmedizinischen Gesamtbewertung ergäben sich keine Hinweise für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, welche über die Bewertung des orthopädischen Fachgebietes hinausgehen würde (IV-act. 225-28, 45).

## 2.4

2.4.1 Psychiatrisch werden von allen Gutachtern übereinstimmend eine Alkoholabhängigkeit (bei inzwischen erreichter Abstinenz), eine rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelschwere Ausprägung, selbstunsichere und paranoide bzw. abhängige Persönlichkeitszüge sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bzw. eine Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bzw. eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % für adaptierte Tätigkeiten attestiert (psychiatrische Abklärung vom 21. April 2008, IV-act. 49-21 ff., 26; psychiatrisches Consiliargutachten vom 26. Oktober 2010, IV-act. 96-66 f.; psychiatrische Begutachtung vom 22. August 2014, IV-act. 225-58 f.). Die psychiatrische Gutachterin der MEDAS Bern zählt die anhaltende somatoforme



Schmerzstörung zu den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 225-58), wohl mit Blick auf die damals geltende Rechtsprechung des Bundesgerichts.

2.4.2 Das Bundesgericht hat seine Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerden geändert und die Vermutung, Schmerzsyndrome und vergleichbare psychosomatische Leiden seien überwindbar, aufgegeben und durch einen strukturierten, normativen Prüfungsraster ersetzt (BGE 141 V 281, insb. S. 294 f. E. 3.5 f.). Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen ist entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (BGE 137 V 266 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die materiellbeweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall zu prüfen, ob die administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3).

2.4.3 Dr. D.\_\_\_\_ setzte sich im Gutachten vom 21. April 2008 eingehend mit den so genannten Förster-Kriterien und den Beeinträchtigungen der Beschwerdeführerin auseinander (IV-act. 49-24 f.). Die Beschwerdeführerin sei in schwierigen und von Gewalt geprägten familiären Verhältnissen aufgewachsen (vgl. dazu auch psychiatrisches Gutachten vom 26. Oktober 2010, IV-act. 96-60 f., und vom 22. August 2014, IV-act. 225-51 f.). Er wies auf die schwierige Jugend und die nach der Heirat und Einstellung der Berufstätigkeit eingetretene Instabilität der Verhältnisse mit Beginn der depressiven Phasen und des Alkoholkonsums hin (IV-act. 49-14 f.). Dr. D.\_\_\_\_ kam zum Ergebnis, aufgrund des Vorliegens einer primär auffälligen Persönlichkeit, einer psychiatrischen Komorbidität (depressive Störung), der chronischen körperlichen Begleiterkrankung (koronare Herzerkrankung mit Status nach Herzinfarkt) und des Verlustes der sozialen Integrität sei der Beschwerdeführerin die Überwindung der Schmerzen nur sehr eingeschränkt zumutbar (IV-act. 49-30). Die psychiatrische Gutachterin der MEDAS Bern verweist auf diese Beeinträchtigungen und führt aus, daraus resultiere auch das auf psychiatrischem Fachgebiet verminderte Leistungsvermögen (IV-act. 225-59). Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, und sollte



unter Aufbringung zumutbarer Willensanspannung in der Lage sein, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Aufgaben zu strukturieren und zu planen und fachliche Kompetenzen anzuwenden. Sie sei in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, in ihrer Kontaktfähigkeit zu Dritten und ihrer Gruppenfähigkeit nicht beeinträchtigt. Es bestünden mittelschwere Beeinträchtigungen der Bereiche Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit, der Selbstbehauptungsfähigkeit, der Kontaktfähigkeit zu Dritten, der Gruppenfähigkeit und der Fähigkeit, Spontanaktivitäten zu initiieren (IV-act. 225-30 f., 58 f.). Das Gutachten der MEDAS Bern berücksichtigt somit die nach geänderter Rechtsprechung massgeblichen Indikatoren ausreichend. Es ist schlüssig, nachvollziehbar und vollständig. Somit ist invalidenversicherungsrechtlich darauf abzustellen und von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in adaptierten Tätigkeiten auszugehen.

3.

3.1 Die Beschwerdeführerin erlangte im März 1985 das Fähigkeitszeugnis als Verkäuferin (IV-act. 13-1). Ab 1988 arbeitete sie für eine Metzgerei, nach eigenen Angaben als Ausliefererin. Von 1993 an erzielte sie als kantonale Angestellte in der Raumpflege Einkommen zwischen rund Fr. 25'000.-- und Fr. 38'000.--, nach ihren Angaben entsprechend einem 70 %-Pensum. Daneben war sie als Zeitungsverträgerin tätig im Umfang von 20 bis 25 Stellenprozenten. Per November 2000 gab sie die Stelle in der Reinigung infolge der mit der Auslagerung verbundenen Einkommenseinbusse auf und erzielte danach noch unregelmässig kleinere Erwerbseinkommen (vgl. zum Ganzen Auszug aus dem individuellen Konto [IK], IV-act. 5; Abklärungsbericht vom 20. März 2008, IV-act. 45, Gutachten vom 15. Oktober 2014, IV-act. 225-16, 40 f., 46, 51 f.). Ein freiwilliger Verzicht auf eine weitergehende Erwerbstätigkeit ist aufgrund des Bezugs von Arbeitslosenentschädigungen und der ausgewiesenen Sozialhilfeabhängigkeit nicht anzunehmen (vgl. IK-Auszug, IV-act. 5; act. G 10.5; IV-act. 192-4, IV-act. 45-3). Damit fehlt es an zuverlässigen Grundlagen für eine ziffermässige Bemessung des Valideneinkommens, und es kann - wie dies die Vorinstanz getan hat (IV-act. 247) - ein Prozentvergleich vorgenommen werden (vgl. BGE 104 V 136 f. E. 2b und Urteil des Bundesgerichts vom 4. Februar 2015, 9C\_888/2014, E. 2).



3.2 Abschliessend stellt sich die Frage nach einem Tabellenlohnabzug. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Die Beschwerdeführerin leidet unter zahlreichen gesundheitlichen Beeinträchtigungen, nämlich des Rückens (degenerative Veränderungen) und der Schulter, an Folgen der Abhängigkeit (sensible Polyneuropathie, vgl. Gutachten MEDAS Ostschweiz vom 20. Dezember 2010, IV-act. 96-25), an einer koronaren Herzerkrankung nach Herzinfarkt, an rezidivierenden depressiven Episoden sowie an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und weist ängstlich-selbstunsichere, abhängige Persönlichkeitszüge auf. Auch wenn sich diese Gesundheitsbeeinträchtigungen nicht alle auf die invalidenversicherungsrechtlich relevante Arbeitsfähigkeit auswirken, schränken sie die Chancen der Beschwerdeführerin auf dem Stellenmarkt insgesamt erheblich ein. Aufgrund der koronaren Herzkrankheit und aus orthopädischer Sicht sind die früher ausgeübten Tätigkeiten in der Raumpflege und als Zeitungsverträgerin nicht mehr zumutbar (Gutachten MEDAS Bern vom 15. Oktober 2014, IV-act. 225-34 ff.). Die 70 %ige Arbeitsfähigkeit ist bedingt durch langsamere Arbeitsweise bzw. erhöhten Pausenbedarf (IV-act. 225-34). Zusätzlich sind nur leichte bis gelegentlich mittelschwere Tätigkeiten mit einem Gewichtslimit von 5 kg zumutbar, die nicht ausschliessliches Gehen oder Stehen oder ständiges Treppensteigen erfordern. Arbeiten in gehockter oder kniender Position, in monotoner Zwangshaltung des Rückens und ständige Überkopparbeiten links sind unzumutbar (IV-act. 225-34 f.). Aus psychiatrischer Sicht ist ein wohlwollender Arbeitsplatz ohne besondere Stressbelastung und ohne besonders fordernde soziale Interaktionen erforderlich (IV-act. 225-34). Diese zusätzlichen Faktoren bilden Gründe für einen Tabellenlohnabzug (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts vom 28. Januar 2014, 9C\_796/2013 E. 3.4, und vom 22. Januar 2015, 8C\_693/2014, E. 4.2.1). Hinzu kommt eine lange Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Aufgrund der vorliegenden Polymorbidität mit diversen Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils, der erforderlichen beruflichen Umstellung und der langen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt rechtfertigt sich ein Tabellenlohnabzug von 15 %. Somit besteht ein Invaliditätsgrad von 40,5 % ( $1 - [0,85 \times 0,7]$ ), und die Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Viertelsrente.



3.3 Da bereits die Vorgutachten vom 24. Juli 2008 und vom 24. Dezember 2010 in den angestammten Tätigkeiten als Reinigungsfrau und als Zeitungsträgerin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit seit dem Unfall am 3. Januar 2006 attestieren (IV-act. 49-26; IV-act. 96-35), war das Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG am 3. Januar 2007 erfüllt. Art. 29 Abs. 1 IVG, wonach ein Rentenanspruch frühestens sechs Monate nach Geltendmachung entsteht, ist am 1. Januar 2008 als Teil der 5. IV-Revision, mithin nach der Anmeldung vom 22. September 2006 (IV-act. 1), in Kraft getreten. Nach dem übergangsrechtlichen Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids bzw. im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklichte, ist diese Norm vorliegend nicht anwendbar (vgl. BGE 127 V 467 E. 1, 126 V 136 E. 4b, je mit Hinweisen). Der Rentenanspruch besteht daher ab Vollendung des Wartejahres (Art. 29 Abs. 1 lit. b und Abs. 2 aIVG) bzw. ab 1. Januar 2007.

4.

4.1 In Gutheissung der Beschwerde ist die Verfügung vom 6. März 2015 aufzuheben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2007 eine Viertelsrente zuzusprechen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung ist die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen.

4.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Die Beschwerdegegnerin hat ausgangsgemäss die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung vom 6. März 2015 aufgehoben und der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Januar 2007 eine Viertelsrente



zugesprochen. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Rentenleistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen.